**Другие форматы и языки**
Мы готовы бесплатно предоставить вам этот документ в переводе на другие языки, в варианте для слабовидящих (крупным шрифтом или шрифтом Брайля) или в другом удобном для вас формате. Свяжитесь с Explore Health по адресу эл. почты exploreheath@oha.oregon.gov или по телефону 855-268-3767 (голосовая связь). Мы работаем со всеми службами коммутируемых сообщений.

# Единое разрешение Explore Health на предоставление помощи

## Раздел 1. Тип уполномоченного партнера по регистрации

☐ **Страховой агент**
Лицензированный страховой агент уполномочен рекомендовать страховые планы, предоставлять консультации и оказывать помощь потребителям в подаче заявок, оформлении и сохранении страхового покрытия через Explore Health.

☐ **Ассистент/партнер по работе с сообществом**
Организация, имеющая статус сертифицированного ассистента или партнера по работе с сообществом, уполномочена оказывать беспристрастную помощь в подаче заявок и оформлении участия в программах страхования здоровья Oregon Health Plan (OHP), сертифицированных планах медицинского страхования (qualified health plan, QHP) и связанных с ними программах по обеспечению доступности медицинского обслуживания. Ассистенты не имеют права рекомендовать планы.

## Раздел 2. Информация о страховом агенте (если применимо)

Название страхового агентства: _____

Владелец агентства: _____

Телефон владельца: _____

Адрес эл. почты владельца: _____

Имя и фамилия агента, уполномоченного оформлять страховые полисы: _____

Национальный номер страхового агента (National Producer Number, NPN): _____

Номер телефона агента: _____

Адрес электронной почты агента: _____

## Раздел 3. Информация об ассистенте/партнере по работе с сообществом (если применимо)

Название организации-партнера по работе с сообществом: _____

Имя и фамилия ассистента по подаче заявки: _____

Идентификационный номер ассистента Управления здравоохранения штата Орегон (Oregon Health Authority, OHA): _____

Адрес эл. почты ассистента: _____

Телефон ассистента: _____

## Раздел 4. Информация о заявителе

Ф. И. О. основного заявителя (*имя, отчество, фамилия*): _____

Дата рождения основного заявителя: _____

Номер телефона основного заявителя: _____

Адрес эл. почты основного заявителя: _____

Ф. И. О. и даты рождения других взрослых лиц, указанных в заявке: _____

Количество членов домохозяйства в возрасте от 19 лет: _____

## Раздел 5. Объем полномочий

Я даю разрешение указанному выше Партнеру по регистрации выступать в качестве Партнера по регистрации в отношении меня и всех членов моего домохозяйства (если применимо) в целях подачи заявки и оформления страхового покрытия, предлагаемого через Explore Health — платформу по продаже медицинского страхования в штате Орегон. Принимая настоящее соглашение, я разрешаю вышеуказанному Партнеру по регистрации просматривать и использовать конфиденциальную информацию, предоставленную мной в письменной форме, в электронном виде, лично или по телефону, исключительно с одной или несколькими из следующих целей:

- поиск существующей заявки Explore Health;
- заполнение заявки на определение соответствия критериям участия и оформление участия в квалифицированной программе медицинского или стоматологического страхования в рамках Explore Health или в других государственных программах, направленных на обеспечение доступности медицинского страхования, таких как Oregon Health Plan (Medicaid/Программа медицинского страхования детей (Children’s Health Insurance Program, CHIP)/Программа базового медицинского страхования Basic Health Program), налоговых кредитах по страховым взносам или субсидии для снижение доли собственных расходов для помощи в оплате стоимости медицинского страхования;
- оказание постоянной поддержки по обслуживанию учетной записи и помощи при регистрации, при необходимости; или

- ответы на запросы от Explore Health, касающиеся моей заявки или регистрации в Explore Health.

### Помощь OHP (только ассистенты)

Я предоставляю разрешение Управлению здравоохранения штата Орегон (Oregon Health Authority, OHA), Управлению социального обеспечения штата Орегон (Oregon Department of Human Services, ODHS) и Explore Health передавать следующую информацию организации моего партнера по работе с сообществом и моему ассистенту:

- моя заявка;
- подробная информация о регистрации;
- статус регистрации;
- льготы плана;
- защищенная медицинская информация (protected health information, PHI).

Я понимаю, что мой Партнер по регистрации не вправе задавать вопросы о моем иммиграционном статусе или членах моего домохозяйства, а также не вправе раскрывать какую-либо информацию о моей заявке без моего разрешения.

Я понимаю, что ассистенты/партнеры по работе с сообществом не вправе рекомендовать организацию координированного медицинского обслуживания (coordinated care organization, CCO) или какой-либо план медицинского страхования.

Я понимаю, что эти организации обязаны защищать мои данные и не имеют права раскрывать информацию о моем психическом здоровье, наличии ВИЧ/СПИДа, лечении от наркотической или алкогольной зависимости, а также о результатах генетических тестов без дополнительного разрешения.

## Раздел 6. Конфиденциальность и безопасность

Я понимаю, что партнер по регистрации должен:

- использовать мою персональную идентифицирующую информацию (personally identifiable information, PII) или персональную медицинскую информацию (personal health information, PHI) **только** в целях оказания разрешенной помощи;
- защищать мою информацию от несанкционированного доступа, использования или раскрытия;
- собирать, использовать и раскрывать только минимально необходимую информацию;
- обеспечивать безопасное хранение и передачу моей информации;
- соблюдать все правила защиты конфиденциальности, установленные организациями Explore Health, OHA и ODHS.

Я понимаю, что не обязан(а) предоставлять своему партнеру по регистрации дополнительные персональные данные, помимо тех, которые необходимы для заполнения моей заявки.

## Раздел 7. Обязанности заявителя

Я понимаю, что:

- Я обязан(а) предоставить в своей заявке правдивую и правильную информацию.
- Я обязан(а) отвечать на уведомления о недостающей или неверной информации, когда меня об этом просят.

- Я могу получить помощь или рекомендации по получению помощи на том языке, которым я владею или который предпочитаю.

## Раздел 8. Отзыв согласия или прекращение его действия

Отмена разрешения не распространяется на информацию, которая уже была передана. Мое разрешение сохраняет свою силу до тех пор, пока я не уведомлю OHA/ODHS и Explore Health о том, что больше не желаю сотрудничать с этим партнером по регистрации, либо пока я не обращусь за помощью к другому партнеру по регистрации.

### Если мой партнер по регистрации является страховым агентом:

Я могу отозвать или изменить свое согласие в любое время, связавшись с агентом, агентством или владельцем агентства, указанными выше. Кроме того, я могу войти в свой личный кабинет заявителя и отозвать свое согласие или связаться с компанией Explore Health по телефону 855-268-3767 (принимаются ретрансляционные звонки) с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. по тихоокеанскому времени (PST).

### Если мой партнер по регистрации является ассистентом/партнером по работе с сообществом:

Я могу отозвать свое разрешение, войдя в личный кабинет заявителя или связавшись с компанией Explore Health по телефону 855-268-3767 (принимаются ретрансляционные звонки) с понедельника по пятницу с 8 a.m. до 5 p.m. по тихоокеанскому времени (PST). Я также обязан(а) уведомить OHA/ODHS, если захочу отозвать согласие, данное моему ассистенту/партнеру по работе с сообществом, позвонив по телефону 800-699-9075 (принимаются ретрансляционные звонки) или написав на адрес эл. почты: Oregon.Benefits@odhsoha.oregon.gov.

## Раздел 9. Подпись

Подпись основного заявителя: _____

Дата подписания (мм/дд/гггг): _____

**Explore Health: Oregon's Health Insurance Marketplace**
PO Box 191
Salem, OR 97308
855 268 3767 (принимаются ретрансляционные звонки)
ExploreHealthOR.gov